



Anmeldeformular

(Bitte vollständig ausfüllen und per Mail an info@ergotherapie-karlsruhe.de)



Persönliche Angaben

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Vollständige Adresse:

Straße / Hausnummer: _____

PLZ / Ort: _____



Angaben bei Minderjährigen

Vollständiger Name der anmeldenden Person:



Kontaktdaten

Telefon (privat): _____

Mobil: _____

E-Mail: _____

Medizinische Angaben

Überweisender Arzt / Ärztin:

Diagnose (laut ärztlicher Verordnung) und ggf. gewünschte Therapiemethode (Neurofeedbacktraining, Biofeedbacktraining, Konzentrationsgruppe, EST-Training. Bitte beachten Sie, dass wir uns beim Neurofeedbacktraining ausschließlich auf **Konzentrations- und Entspannungstraining, leichte bis mittelgradige Depression und Tinnitus** spezialisiert haben. Wir sind **nicht** auf die Behandlung von PTBS, Angststörungen, schwere Depression etc. spezialisiert. Im Bereich Biofeedbacktraining haben wir uns ausschließlich auf die Behandlung von **Migräne** spezialisiert.):

Krankenkasse:

Gesetzliche Zuzahlung (ab 18 Jahre)

Nach dem Sozialgesetzbuch V sind gesetzlich Versicherte **ab dem 18. Lebensjahr** verpflichtet,
10 % der Behandlungskosten sowie **10,00 EUR je Heilmittelverordnung** selbst zu zahlen.

Zuzahlungsbeträge (Einzelpreise):

- Analyse des ergotherapeutischen Bedarfs (nur bei Erstverordnung): **4,15 EUR**
- Motorisch-funktionelle Behandlung: **5,69 EUR**
- Sensomotorisch-perzeptive Behandlung: **7,59 EUR**
- Psychisch-funktionelle Behandlung: **9,49 EUR**
- Hirnleistungstraining: **5,69 EUR**
- Thermische Anwendung: **0,85 EUR**
- Wegegeld Hausbesuch: **2,76 EUR**

☐ Zuzahlungsbefreit

(Bitte gültigen Befreiungsausweis vorlegen)

Terminmöglichkeiten

Bitte geben Sie verbindlich an, **an welchen Wochentagen und zu welchen Zeiten** wir Sie regelmäßig einplanen dürfen:

Montag: _____

Dienstag: _____

Mittwoch: _____

Donnerstag: _____

Freitag: _____

Angaben zur Heilmittelverordnung

Falls Ihnen bereits eine Verordnung vorliegt, welches Heilmittel wurde verordnet?
(Bitte ankreuzen)

- ☐ Sensomotorisch-perzeptive Behandlung (45 Minuten)
- ☐ Psychisch-funktionelle Behandlung (60 Minuten)
- ☐ Hirnleistungstraining / neuropsychologisch orientierte Behandlung (30 Minuten)
- ☐ Motorisch-funktionelle Behandlung (30 Minuten)

Hat der Arzt einen Hausbesuch verordnet?

- ☐ Ja ☐ Nein

Alltag & Betätigung

Bitte nennen Sie **drei Betätigungsprobleme** aus Ihrem Alltag
bzw. aus dem Alltag Ihres Kindes:

1. _____
2. _____
3. _____

Vorliegende Unterlagen

- ☐ Berichte vom SPZ
- ☐ Frühförderstelle
- ☐ Krankenhausberichte
- ☐ Sonstige: _____

(Bitte vorhandene Unterlagen zur ersten Behandlung mitbringen)

Praxisregeln

Bitte lesen und ankreuzen:

- ☐ Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine, die ich nicht wahrnehmen kann, so früh wie möglich abzusagen.
- ☐ Mir ist bekannt, dass Termine, die **nicht bis spätestens 9:00 Uhr am Behandlungstag** abgesagt werden, mit einer **Ausfallpauschale von 40,00 EUR** in Rechnung gestellt werden. **Nach 9:00 Uhr können auch unvorhersehbare Situationen nicht mehr berücksichtigt werden**, da der Termin kurzfristig nicht neu vergeben werden kann.

☐ Ich bin damit einverstanden, dass die für die Abrechnung erforderlichen personenbezogenen Daten an ein **Abrechnungszentrum** übermittelt werden.

☐ Ich entbinde die Praxis von der **Schweigepflicht gegenüber dem verordnenden Arzt**.

Die oben angekreuzten Punkte stellen unsere **Praxisregeln** dar, die wir **transparent kommunizieren**. Diese Regeln bilden den **Grundstein unserer Zusammenarbeit**. Sollten diese Praxisregeln nicht anerkannt oder eingehalten werden, **behalten wir uns vor, die Zusammenarbeit zu beenden**.

Ort, Datum: _____

Unterschrift Patient:in / Erziehungsberechtigte:r:

Aufklärung und Einwilligung in die Nutzung unsicherer Kommunikationswege

Hiermit erkläre ich, _____, geboren am _____, wohnhaft in _____, dass ich die Übermittlung folgender personenbezogener Daten (z.B. Termini, Kontaktdaten, Befunde) durch die Praxis "Praxis für Ergotherapie Stefanie Baumann & Renée Weil" über folgende Kommunikationswege ohne weitere Sicherungsmaßnahmen und insbesondere unter Verzicht auf eine weitere Verschlüsselung wünsche.

Email an folgende Adresse:

WhatsApp an folgende Nummer:

Ich bin durch die Praxis ausdrücklich darauf hingewiesen worden, dass dieser Übertragungsweg nicht sicher ist und Gefahren für meine Daten birgt. Mir ist bewusst, dass ich diese Erklärung jederzeit ohne Angabe von Gründen mit zukünftiger Wirkung widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten, gesetzlichen Vertreters



Alles ausgefüllt?

Bitte überprüfen Sie nun, ob Sie alle Felder ausgefüllt haben. Beachten Sie bitte, dass nur ein korrekt ausgefüllter Anmeldebogen weiterbearbeitet werden kann. Vielen Dank für Ihre Verständnis.